

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges IAGELLO

Né le 15 Août 1915 à Paris

**Un cas d'échec du Traitement
d'une néphrite chronique hypertensive
par décapsulation
et résection du ganglion aortico-rénal**

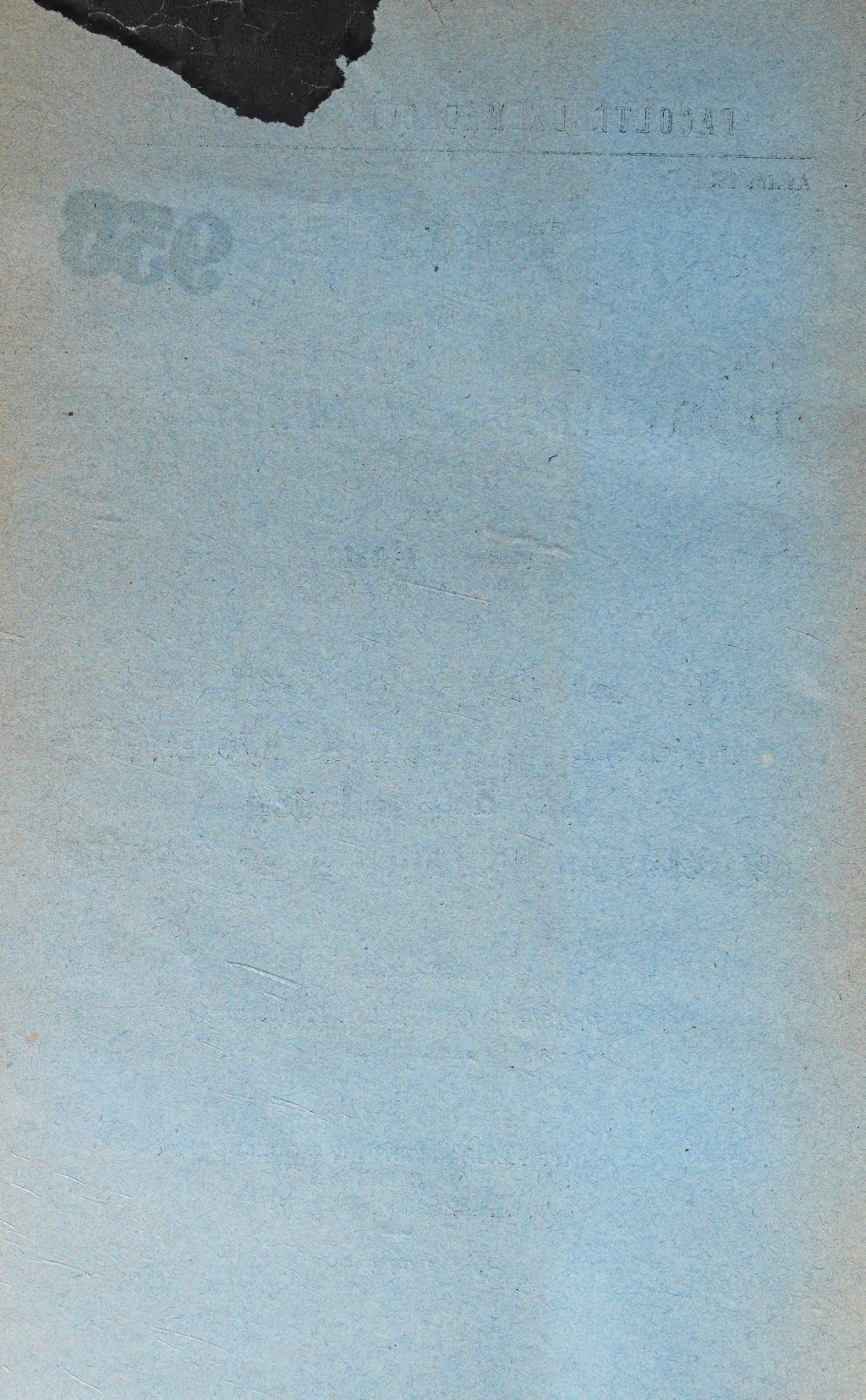
Président: CHEVASSU, *Professeur*.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

—
1939



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges IAGELLO

Né le 15 Août 1915 à Paris

**Un cas d'échec du Traitement
d'une néphrite chronique hypertensive
par décapsulation
et résection du ganglion aortico-rénal**

Président : CHEVASSU, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE, A MON PERE

*ce faible témoignage de mon amour et
de ma profonde reconnaissance.*

A MES ONCLES

A TOUS MES AMIS.

AU PROFESSEUR CHEVASSU,
Professeur d'urologie de la Faculté de Médecine
de Paris,

*qui m'a fait le grand honneur de pré-
sider cette thèse.*

AU PROFESSEUR SERGENT,
Professeur honoraire de la Faculté de Médecine
de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,

*qui m'a inspiré ce travail, avec toute
ma gratitude et mon admiration.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

Professeur Marcel LABBE (*in memoriam*), 1934-35
(stage),

Professeur Charles LENORMANT,

Docteur TREMOLIERES, Médecin de l'Hôpital Boucicaut,

Professeur Agrégé OKINCZYC, chirurgien de l'Hôpital
Boucicaut, 1935-36 (stage),

Professeur Fernand BEZANÇON, 1936-37 (stage),

Professeur LEREBoullet,

Professeur Agrégé OKINCZYC, Chirurgien de l'Hôpital
Boucicaut, 1937-38 (externat),

Docteur AMEUILLE, Médecin de l'Hôpital Cochin,
1938-39 (externat),

Docteur TREMOLIERES, Médecin de l'Hôpital Boucicaut,
1939 (externat).

AUX DOCTEURS :

MOUSSOIR, Médecin des Hôpitaux,

HUARD, Chirurgien des Hôpitaux,

Roger PETIT, Assistant à l'Hôpital Boucicaut,

Paul-Emile ROBERT,

Claude OLIVIER,

André DOMART.

UN CAS D'ECHEC DU TRAITEMENT D'UNE NEPHRITE CHRONIQUE HYPERTENSIVE PAR DECAPSULATION RENALE ET RESECTION DU GANGLION AORTICO-RENAL

Il nous a semblé intéressant de rapporter cette observation d'un malade, encore jeune, chez lequel l'intensité des accidents hypertensifs a fait pratiquer une intervention chirurgicale sur l'innervation rénale.

En effet, la décapsulation et l'énervation rénale sont fort discutées dans leurs indications, dans leurs mécanismes, dans leurs résultats, et il n'est pas inutile dans ce débat de mentionner les cas où la thérapeutique n'a pas répondu à ce qu'on attendait d'elle.

Il s'agit d'un nommé B... J..., âgé de 34 ans, maréchal-ferrant. Il entre le 15 septembre 1939 à l'Hôpital Boucicaut, pour des accidents d'hypertension artérielle.

Bien qu'il ait déjà été soigné en 1930 à Ambroise Paré pour des troubles de la vue, ce n'est *qu'en 1934* que le diagnostic de néphrite chronique hypertensive est porté.

Lors d'un examen systématique avant une cure de hernie inguinale bilatérale, on découvre une hypertension artérielle à 20-13, une hyperazotémie à 0,73 g. 0/00.

L'intervention est différée, le malade mis au repos et à un régime hypoazoté et déchloruré. Rapidement, l'urée sanguine revient aux environs de la normale et la maxima tensionnelle s'abaisse à 17. L'opération peut être pratiquée. Mais les suites opératoires sont marquées par un épisode anurique qui dure 24 heures et cède à une thérapeutique médicale.

Le malade passe alors dans un service de médecine, où l'on porte le diagnostic de néphrite chronique hypertensive. Une décapsulation rénale est alors proposée et le malade refuse.

Ce n'est qu'au mois d'août 1938, devant l'accentuation des accidents d'hypertension, que le malade accepte l'opération.

Les examens préopératoires montrent :

- une urée sanguine peu élevée,
- une hypertension artérielle notable,
- la présence de cylindres, d'hématie et d'albumine dans les urines.

Le 26 août 1938, première intervention à gauche (à l'Hôpital Necker).

Résection du ganglion aortico-rénal et décapsulation, dont voici le compte rendu :

Résection de la 12^e côte,

Très gros splanchnique,

Semi-lunaire important,

Résection du ganglion aortico-rénal et des branches qui partent directement du semi-lunaire vers le pédicule rénal.

Le rein est un peu gros, bosselé. La décapsulation est facile, mais sanglante. Rein congestionné, un peu granuleux.

Et l'opérateur conclut :

Glomérulo-néphrite chronique diffuse.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans les suites opératoires. La tension s'abaisse, le syndrome urinaire et azotémique s'atténue.

Le 22 octobre 1938, second temps opératoire, à droite.

Incision devant la 12^e côte et résection de cette côte. Découverte très facile du splanchnique, presque horizontal, qui se bifurque en :

une partie qui se dirige en bas,

une partie qui se dirige en bas et en dedans,

En suivant celle-ci, on vérifie qu'elle se dirige vers le pédicule rénal et on la résèque. Le tort est de ne pas avoir identifié le pédicule rénal par suite du danger que présentait la veine cave inférieure.

Les suites opératoires ont été normales. Pendant une quinzaine de jours, le malade a été très amélioré.

Non seulement du point de vue fonctionnel : disparition de la céphalée, des vertiges, des bourdonnements, mais encore du point de vue tensionnel : le maxima s'abaisse à 14,5.

Le taux de l'azotémie devient normal.

Le culot urinaire a disparu.

Mais un mois environ après, malgré la continuation du régime, les troubles réapparaissent et la maxima est à nouveau élevée (19).

Actuellement, le malade se plaint :

— de céphalée violente survenant par crise durant une à deux heures, surtout occipitale,

— de dyspnée d'effort et de crise nocturne de dyspnée, avec angoisse et sensation de constriction thoracique,

— de vertiges, de palpitations, de bourdonnements d'oreilles,

— d'engourdissement, de crampes dans les membres,

— enfin, et c'est un point sur lequel il faut insister, *de troubles oculaires.*

douleur des globes oculaires,

diminution de l'acuité visuelle.

A l'examen :

Malade non amaigri, aux extrémités cyanosées, sans oedème.

Les yeux sont un peu saillants, le regard est fixe et brillant. L'iris droit est irrégulier.

L'auscultation du cœur ne fait pas entendre de signes de défaillance. Seul le second bruit est claqué.

La tension artérielle est à 21-14 au Vaquez.

Le pouls est dur, bondissant, battant 74 fois par minute.

L'examen pulmonaire est négatif.

Le foie est normal.

Les réflexes existent et les pupilles réagissent à la lumière et à la distance.

On ne relève rien de particulier dans les antécédents, tant personnels que familiaux, si ce n'est une blennorragie en 1925.

La réaction de Bordet Wassermann dans le sang est négative.

L'urée sanguine est à 0,24 g. 0/00.

L'examen des urines montre des traces d'albumine, mais pas d'hématies, ni de cylindres.

La cholestérolémie est à 2 gr. 90 0/00.

Le métabolisme basal est augmenté (+17).

On pratique un *examen ophtalmologique* :

Iritis bilatérale ancienne.

Synchisis abondantes.

Pupilles difficiles à dilater par l'atropine.

Milieux troubles (exsudat du vitré).

Le fond est difficile à distinguer, cependant il ne semble pas y avoir de lésion de choroïdite et si elles existent elles sont forcément de second plan.

Au total, il s'agit d'une forme purement exsudative.

Plusieurs faits peuvent être détachés de cette observation :

— l'origine inconnue de cette néphrite hypertensive,

— la prédominance des accidents de la série hypertensive, contrastant avec la pauvreté des syndromes urinaire et azotémique, qui ne sont effacés depuis l'intervention.

— l'importance des troubles oculaires, surtout des phénomènes d'exsudation. Et l'on sait la sévère signification de l'apparition de ceux-ci chez un hypertendu jeune,

— enfin, et c'est là le point le plus important : *un essai de thérapeutique chirurgicale.*

On a observé après le second temps opératoire une régression des syndromes urinaire et azotémique.

Une sédation des troubles fonctionnels et un abaissement à 14,5 de la maxima tensionnelle.

Mais cette amélioration de l'hypertension n'a été que transitoire, et si on examine l'influence du repos et du régime avant l'intervention on constate qu'elle a été à peu près identique, quoique un peu moins marquée.

Même actuellement, en cinq jours, le repos au lit et le régime lacto-végétarien ont amené la tension artérielle de 21-14 à 16-10, et les troubles fonctionnels se sont amendés parallèlement.

On sait d'ailleurs l'influence du régime et du repos sur l'hypertension artérielle, et on ne saurait négliger ce facteur dans l'interprétation des résultats souvent transitoires des interventions dirigées contre l'hypertension. C'est ce que signalait le Professeur Chevassu à l'Académie de Chirurgie, lors d'une discussion sur le traitement de l'hypertension par ablation des parathyroïdes. Il rapportait le cas d'un grand hypertendu chez lequel une intervention sur une hydrocèle vaginale avait amené un abaissement de la tension artérielle notable mais passager.

Dans le cas de notre malade, il semble bien que la décapsulation et l'innervation rénale n'ont pas eu plus d'influence sur la pression artérielle que le simple repos.

Pourtant, dans une thèse récente¹, il est rapporté cinq cas d'intervention identique pour des hypertensions liées à une glomérulo-néphrite.

1. Max Bonamy : Chirurgie du gaglion sympathique artico-rénal. (Paris, 1939.)

L'une s'est terminée par un exitus brutal au quatrième jour dans un tableau d'asphyxie aiguë,

les quatre autres semblent avoir donné un résultat assez satisfaisant.

Et l'auteur conclut :

« Dans les affections rénales du type glomérulo-néphrite et du type néphro-angiosclérose, l'association de la ganglicectomie aortico-rénale et de la splanchnicectomie agit remarquablement... lorsque ces affections n'ont pas atteint un stade ultime. »

De leur côté, Chabanier et ses collaborateurs, qui ont érigé cette intervention en méthode dans le cas qui nous occupe, disent :

« Même en admettant que la durée des résultats obtenus ne soit pas illimitée, en admettant même que les effets des interventions sur l'énervation rénale ne soit pas aussi prononcé que dans nos observations, l'intérêt de nos constatations ne nous paraît cependant pas négligeable au point de vue pratique. N'apporteraient-elles qu'un soulagement de durée limitée, le résultat présenterait un intérêt évident. nous semble-t-il, si l'on songe combien nous sommes pratiquement désarmés dans les hypertensions malignes. »

Telle est actuellement la position des partisans de la décapsulation et de l'énervation rénale dans ce traitement de l'hypertension artérielle.

Faut-il chercher l'explication de l'échec que nous rapportons dans l'ancienneté du processus?

Intervention huit ans après les premières manifestations. Quatre ans après les premiers accidents rénaux?

Faut-il penser que l'inefficacité de l'intervention relève de l'association de troubles surrénaliens?

On sait en effet la part que prend la surrénale dans la genèse de l'hypertension artérielle. Des travaux déjà anciens ont rapporté des cas où l'irradiation des surré-

nales avait amené la sédation d'hypertension importante. (Zimmern et Cottenot, Sergent et Cottenot.)

Il y aurait en faveur de cette hypothèse l'aspect un peu spécial du regard, l'élévation du métabolisme de base qui semblent indiquer un élément de déséquilibre sympathico-endocrinien.

Contre cette hypothèse il y a le fait que le compte rendu opératoire ne mentionne pas de particularité des surrénales, alors qu'au contraire il est formel sur l'existence d'une glomérulo-néphrite.

De toute façon, le pronostic est particulièrement sombre, du fait de l'importance des accidents hypertensifs, et surtout des phénomènes d'exsudation oculaire, et ce pronostic n'a pas été amélioré par la décapsulation et l'énervation rénale qui n'ont amené qu'une sédation transitoire de l'hypertension, sédation comparable à celle obtenue par le repos complet.

CONCLUSIONS

Il nous faut donc retenir de cette observation ces quelques points :

1° Il s'agit d'une forme grave de néphrite chronique hypertensive, d'étiologie inconnue.

2° La décapsulation et l'énervation rénale n'ont pas donné de résultats durables, peut-être :

- a) soit parce que l'intervention a été trop tardive,
- b) soit parce qu'il y a un élément surrénalien surajouté,

3° Enfin, chez le malade, le repos semble agir de façon identique à l'intervention chirurgicale.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
M. CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

